

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	BASURTO	VICENTE EDMUNDO	16	11	1947	77 años, 9 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300676135	MANABI	CHONE	SANTA RITA	24 DE JULIO y SALUSTIO GILER	098-115-1353 / (05)-269-5289
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1300676135	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	09	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva ☐

Saturación capacidad instalada ☐

Ausencia temporal del profesional ☐

Otros/especifique: ☐

Falta de profesional ☒

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 77 AÑOS APP HIPERTENSION ARTERIAL (LOSARTAN 50MG) APF NO REFIERE AQXCATARATAS , PROSTAT, HERNIA UMBILICAL X2, COLECISTECTOMIA, GANGLIO EN MIEMBROS INFERIORES. AA VITAMINA C. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR PROBLEMA DE SINUSITIS PRESENTA UN CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR ACUMULACION DE MOCOS EN FOSA NAALES, NO PUEDE DORMIR, PRESENTA OTALGIA, SABOR AMARGO AL GUSTO, MAREOS NIEGAVOMITO NIEGA DIARREA, NO CONSIGUE CONCILIAR EL SUEÑO Y LLEVA DIAS SIN DORIMR. PACIENTE REFIERE QUE LLEVABA CONTROLES POR OTORRINOLARINGOLOGIA PERO PERDIO SEGUIMIENTO Y LE SOICITARON NUEVA REFERENCIA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	H813		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-15	15:28	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-15	15:28	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

